

WYWIAD ŻYWIENIOWY

- Wywiad ma na celu dostosowanie zaleceń oraz programu żywieniowego do Twoich potrzeb,
- Wywiad dla uproszczenia zawiera odpowiedzi do zaznaczenia.
- W polach przeznaczonych do zaznaczenia wystarczy, że zaznaczysz odpowiedź.
- W polach przeznaczonych do uzupełnienia, proszę o uzupełnienie danych,
- Ułożony przez Dietetyka jadłospis nie podlega bezpłatnej modyfikacji, dlatego im lepiej wypełnisz kwestionariusz, tym lepiej jadłospis zostanie dostosowany do Twoich potrzeb.

Imię i nazwisko					
Adres e - mail					
Wiek					
Masa ciała (kg)					
Wzrost (cm)					
Powód wizyty – cel z jakiego powodu chce Pan/ Pani wprowadzić zmiany?					
Charakter wykonywanej pracy	Siedząca	Umiarkowany ruch	Duży ruch	Intensywny wysiłek fizyczny	
Czy masz zmiany nocne w pracy?					
Ruch w ciągu dnia (spacery, ilość kroków itd.)					
Choroby alergiczne	Astma	Pyłki (jakie?):	Sierść/ kurz	Pokarmy (jakie?):	Leki/inne:
Od kiedy (choroby alergiczne)?					
Czy wykonana została diagnostyka w tym kierunku? Jeśli tak, to jaka?					
Nietolerancje pokarmowe	Mleko (laktoza)	Gluten:	Jaja:	Inne:	
Od kiedy (nietolerancje pokarmowe?)					
Czy była wykonana diagnostyka w tym kierunku? Jeśli tak to jaka?					
Ciąża (jeśli była/y)	Ilość: 1/ 2 / więcej	Karmienie piersią:	Kilogramy (dodatkowe)	Zrzucanie kg (czas): 1.	

	Ile?	TAK NIE	w ciążach: 1. 2.	2. 3.
Ile dni trwa Pani cykl menstruacyjny				
Czy różnice pomiędzy długościami Twoich cykli są większe niż 5 dni?	TAK		NIE	
Czy Twoja miesiączka zaczyna się plamieniem /plamieniami?	TAK (<i>napisz czy plamienie pojawia się przed właściwym krwawieniem czy po</i>)		NIE	
Czy Twoja miesiączka trwa krócej niż 3 dni lub dłużej niż 7 dni?				
Czy odczuwasz ból miesiączkowy, przez który nie jesteś w stanie funkcjonować i musisz brać jakiekolwiek leki, bo termofor i odpoczynek nie pomagają?				
Czy zużywasz na jedną miesiączkę więcej niż 20 podpasek? Chodzi tu o intensywność krwawienia, które nie powinno być całościowo większe niż 80 ml (a 1 podpaska to ok. 10ml)				
Czy Twoja krew miesiączkowa ma brunatny, mocno ciemnoczerwony kolor?				
Czy w krwi miesiączkowej występują skrzepy (przypominające kawałki wątróbki)?				
Zaburzenia/ choroby metaboliczne (wymień wszystkie zaburzenia/ choroby, na które cierpisz oraz czas, kiedy zostały zdiagnozowane)				

Czy obecnie przyjmuje Pani/ Pan jakieś leki? <i>(jeśli tak to jakie i od kiedy?)</i>					
Czy przyjmuje Pani antykoncepcję hormonalną (AH) , jeśli tak to w jakiej formie (pigułki – nazwa, krążki, wkładki). Jak długo przyjmuje Pani AH?					
Czy obecnie przyjmuje Pani/ Pan jakieś suplementy? <i>(Jeśli tak, to jakie?)</i>					
Czy występują u Pana/ Pani jakieś obciążenia genetyczne w rodzinie? Jeśli tak, to u kogo?					
Co Pana/ Pani zdaniem doprowadziło do obecnego stanu zdrowia?					
Czy jest Pan/ Pani pod stałą opieką lekarza? <i>Proszę wpisać specjalizację</i>					
Odporność na stres w skali od 1 do 10 <i>(1 – bardzo mała, 10 – bardzo duża)</i>					
Proszę podać Pana/ Pani aktualny poziom energii <i>(w skali od 1 do 10)</i> <i>1 – najniższy poziom energii</i> <i>10 – najwyższy poziom energii</i>					
Stan przewodu pokarmowego	Nadżerki / wrzody żołądka / bakteria Helicobacter pylori / wrzody jelita / zgaga (po czym? W jakich sytuacjach?). 				
Czy w dzieciństwie był Pan/ Pani chorowity? <i>(Proszę opisać jak często Pan/ Pani chorował/a i na co)</i>					

Czy przeszedł Pan/Pani dużo antybiotykoterapii?					
Czy przeszedł Pan/Pani jakieś zabiegi/ operacje? <i>(Jakie? Kiedy?)</i>	☐	☐	☐	☐	☐
Czy obecnie często się Pan/ Pani przeziębia? Choruje?	☐	☐	☐	☐	☐
Jak często się Pan/Pani wypróżnia?	☐ 1 x na dzień	☐ 2 x na dzień	☐ Więcej:	☐ 1 x na	☐ Rzadziej:
Czy ma Pan/ Pani problem z bolesnym wypróżnianiem?	☐	☐	☐	☐	☐
Czy stosuje Pan/ Pani jakieś metody/ środki wspomagające wypróżnianie?	☐				
Czy cierpi Pan/ Pani na hemoroidy?	☐				
Czy cierpi Pan/ Pani na biegunkę? <i>Proszę opisać jak często, po jakich produktach, w jakich sytuacjach?</i>	☐				
Czy występują u Pana/ Pani naprzemiennie zaparcia i biegunki?	☐				
Proszę opisać swój stolec	☐ Luźny ☐ Wodnisty ☐ Twardy ☐ Brązowy ☐ Z zawartością śluzu ☐ Z obecnością niestrawionych fragmentów pożywienia ☐ Pływający na powierzchni ☐ Tonący ☐ Szary ☐ Czarny ☐ Zawiera krew ☐ Inny: ☐				
	☐				

Proszę opisać swój mocz	Intensywny zapach Słomkowy Ciemnożółty Z zawartością krwi		
Czy pali Pan/ Pani papierosy? Lub czy kiedyś Pan/ Pani palił/a?	☐		
Czy czuje się Pan/ Pani dobrze ze swoją aktualną masą ciała?	TAK ☐	NIE ☐	Inne: ☐
Czy występowały zmiany masy ciała u Pana/ Pani w przeciągu ostatnich 6 miesięcy / 1 roku	W górę (ile?): ☐	W dół (ile?) ☐	Bez zmian ☐
Od kiedy ma Pan/ Pani problem z masą ciała (jeśli takie problemy występują)?	Ostatnie kilka miesięcy/ ostatnie 6 miesięcy/ ostatni rok / ostatnie 2 – 3 lata/ ostatnie 5 lat/ ostatnie 10 lat/ więcej (ile?) ☐		
Do jakiej wartości masy ciała Pan/ Pani dąży?	☐		
Czy stosował/a Pan/ Pani kiedykolwiek diety odchudzające/ eliminacyjne? Jeśli tak, to ile razy w życiu?	Jakie? ☐	Jak długo? ☐	Efekt? ☐
Ile posiłków dziennie Pan/ Pani spożywa?	1/ 2 /3 /4 /5 / ciężko określić / ciągle podjada ☐		
Czy po posiłkach odczuwa Pan/ Pani spadek energii/ senność?	TAK ☐	NIE ☐	INNE (np. tylko w pracy) ☐
Czy często ma Pan/Pani chęć na słodczy?	☐	☐	☐
Jakiego tłuszczu używa Pan/ Pani do smażenia i na zimno (np. do sałatek)?	Tłuszcz używany do smażenia: kujawski/ rzepakowy / słonecznikowy/ palmowy/ oliwa/ smalec/ masło/ masło klarowane/ inne: ☐ Tłuszcz używany na zimno do sałatek itp.: ten sam co do smażenia/ tłoczony na zimno nierafinowany: rzepakowy/ oliwa virgin / inny ☐		
Preferowany smak potraw:	Słodki/ słony/ ostry/ ziołowy / mocno doprawione/ słabo doprawione/ delikatne ☐		
Jakich przypraw używa Pan/ Pani w kuchni?	Maggi/ vegeta/ kucharek/ kostki rosółowe/ gotowe mieszanki przypraw / sos sojowy/ naturalne przyprawy/ świeże zioła/ dużo soli (jakiej?) mało soli ☐		

Produkty, z których nie jest Pan/Pani w stanie zrezygnować?	
Proszę wymienić swoje ulubione produkty spożywcze i przyprawy	
Jaka jest Pani/Pana ulubiona kuchnia/potrawy/słodycze?	
Co najczęściej Pan/Pani jada na śniadanie/ II śniadanie/ obiad/ przekąskę/ kolację? Jakie są ulubione potrawy?	
Na jakie dania ma Pan/Pani najczęściej ochotę?	
Czy lubi Pan/ Pani gotować?	
Ile posiłków chciałby/łaby Pan/Pani spożywać posiłków w ciągu dnia?	
Jakie naczynia/ przybory kuchenne posiada Pan/ Pani (np. parowar, blender, patelnia grillowa, thermomix itp.)	
Proszę opisać swój sposób odżywiania – 1 dzień, co zazwyczaj Pan/Pani spożywa w ciągu dnia, łącznie z przekąskami i napojami	
Jak często pojawia się u Pana/ Pani aktywność fizyczna?	Codziennie/ 1 raz na 2 dni/ 1 raz w tyg./ 2 razy w tyg./ rzadko/ 1 miesiąc/ 2 miesiące/ 1 raz na 2 tyg.
Jak często Pan/ pani trenuje?	Nie ćwiczę/ nie mogę znaleźć czasu/ nie mogę się zmobilizować/ od zawsze ćwiczę/ lubię ćwiczyć/ lubię aktywność
Jak długo trwa trening?	Do godziny/ godzina/ 1,5 godziny/ 2 godziny
Jakiego rodzaju jest to trening?	Siłowy/ oporowy/ wytrzymałościowy/ wytrzymałościowo – siłowy/ aerobowy/ beztlenowy/ interwał/ ćw. z trenerem/ zajęcia w klubie/ zajęcia grupowe/ ćwiczenia w domu/ biegam/ nordic walking/ rower/ rower stacjonarny/ skakanka/ płyty, np. Mel B, Chodakowska inne

W jakie dni najczęściej Pan/ Pani trenujesz (pn, wt, śr, czw, pt, sb, ndz). <i>Proszę podać przybliżone godziny wykonywania treningu.</i>				
SEN				
Satysfakcja	Czy jest Pan/ Pani zadowolony/a ze swojego snu?	Rzadko/ nigdy	Czasami	Zazwyczaj/ zawsze
Poczucie wyspania/ energia w ciągu dnia	Czy wytrzymuje Pan/Pani cały dzień bez drzemki?	Rzadko/ nigdy	Czasami	Zazwyczaj/ zawsze
Czas	Czy Pan/ Pani śpi (lub próbuje zasnąć) między 2:00 a 4:00 rano?	Rzadko/ nigdy	Czasami	Zazwyczaj/ zawsze
Zasypianie	Czy ma Pan/ Pani problem z zaśnięciem?	Rzadko/ nigdy	Czasami	Zazwyczaj/ zawsze
Wydajność	Czy wybudza się Pan/ Pani w nocy i nie może zasnąć?	Rzadko/ nigdy	Czasami	Zazwyczaj/ zawsze
Wybudzanie w nocy	Ile razy zazwyczaj wybudza się Pan/ Pani w nocy?	Zazwyczaj 1 x	Zazwyczaj 2 x	Więcej razy
Czy wybudza się Pan/ Pani o konkretnej godzinie w nocy? <i>Jeśli tak, to o jakiej?</i>				
Czy cierpi Pan/ Pani na bezdech senny?				
Czy podczas snu pojawia się u Pana/ Pani chrapanie?				
Czas trwania snu	Czy zazwyczaj śpi Pan/ Pani od 6 – 8 godzin?	Rzadko/ nigdy	Czasami	Zazwyczaj/ zawsze
Podjadanie w nocy	Czy zdarza się Panu/ Pani podjadać w nocy lub budzić się w nocy z głodu?	Rzadko/ nigdy	Czasami	Zazwyczaj/ zawsze

Jakie samopoczucie ma Pan/ Pani zaraz po przebudzeniu? <i>Można zaznaczyć kilka opcji</i>	Dobre, jestem wyspany/a	Złe, jestem niewyspany/a	Nie mogę się wybudzić, potrzebuję kilku drzemek	Wstaję od razu
---	--------------------------------	---------------------------------	--	-----------------------

PREFERENCJE ŻYWIENIOWE

Spójrz na produkty wypisane poniżej i wypisz te, które lubisz, które mogą pojawić się w jadłospisie. Jeśli lubisz jakiś produkt, który nie został wymieniony, zapisz go.

WARZYWA

Marchew, pietruszka korzeń, dynia, bakłażan, ziemniaki, bataty, seler korzeniowy, seler naciowy, por, pomidory, ogórek świeży, ogórek kiszony, papryka, cukinia, brokuły, kalafior, sałata rzymska, rukola, roszponka, sałata masłowa, sałata lodowa, sałata karbowana, cykoria, endywia, pak choi, kapusta pekińska, kapusta włoska, kapusta biała, kapusta czerwona, kapusta kiszona, jarmuż, brukselka, rzodkiewka, szczypiorek, koperek, natka pietruszki, szpinak, kalarepa, cebula, czosnek, burak, rzodkiew biała, fasola szparagowa, fasola biała, fasola czerwona, suszone pomidory ciecierzycy, soczewica, groszek cukrowy, groszek zielony, bób, oliwki czarne, oliwki zielone, boćwina, chrzan, kukurydza, koper włoski, koktajle warzywne – owocowe, zupy tradycyjne, zupy krem, pieczarki, boczniki, kurki.

OWOCE

Jabłka, gruszki, żurawina, rodzynki, daktyle, figi suszone, morele suszone, rabarbar, truskawki, maliny, brzoskwinie, morele surowe, mango, jagody surowe/ mrożone, borówki, granat, czarna porzeczka, czerwona porzeczka, banan, pomarańcze, grejpfruty, jeżyny, śliwki, winogrona, czereśnie, wiśnie, arbuz, awokado, mandarynki, figi surowe, melon, kiwi, marakuja,

NABIAŁ

Mleko krowie, mleko owcze, mleko kozie, ser pleśniowy, mozzarella, feta, burrata, ser twarogowy, ser wędzony, parmezan, jogurt naturalny, jogurt grecki, jogurt skyr, serek typu wiejski, serek grani, ser ricotta, ser mascarpone, serek kanapkowy np. Bieluch, serek typu Philadelphia, kefir, maślanka, ser żółty cheddar.

PRODUKTY ZBOŻOWE

Kasza gryczana prażona, kasza gryczana biała, kasza jaglana, kasza bulgur, kuskus, komosa ryżowa (quinoa), kasza orkiszowa, kasza jęczmienna perłowa, kasza pęczak, kasza owsiana, kasza kukurydziana, ryż basmati, ryż jaśminowy, ryż brązowy, ryż dziki, ryż paraboliczny, ryż czarny, makaron razowy, makaron z pszenicy jasny, makaron z ciecierzycy, makaron z soczewicy, płatki jaglane, płatki gryczane, płatki owsiane, płatki ryżowe, ziarna ekspandowane, np. gryka, owies, mąka pszenna, mąka żytnia, mąka owsiana, mąka gryczana, mąka ryżowa, mąka z ciecioriki, zarodki pszenne, otręby, chleb razowy żytni, chleb żytni jasny, chleb graham, bułki, chleb pszenny razowy, chleb pszenny jasny, chleb tostowy, wafle ryżowe,

ORZECHE, PESTKI, TŁUSZCZE

Włoskie, laskowe, brazylijskie, ziemne, nerkowce, migdały, macadamia, pekan, pistacje, masło orzechowe, sezam, pestki dyni, słonecznik, siemię lniane, nasiona chia, oliwa, olej rzepakowy, olej lniany, olej kokosowy, masło extra, masło klarowane, margaryna, majonez,

JAJA

Gotowane na miękko, gotowane na twardo, jajecznica, sadzone, po benedyktyńsku, naleśniki, placuszki, omlety

MIĘSO, RYBY

Indyk, kurczak, kaczka, wieprzowina, dziczyzna, wołowina, cielęcina, ryby wędzone, ryby z puszek, makrela, łosoś, tuńczyk, dorsz, sandacz, pstrąg, wędlina, kiełbasy, parówki, pasztety, krewetki, kalmary, wątróbka, żóładki, nerki,

INNE

Tofu naturalne, tofu wędzone, napój „mleko” sojowe, mleko owsiane, mleko migdałowe, mleko kokosowe, mleczko kokosowe, wiórki kokosowe, musztarda, miód, ksylitol, erytrytol, jogurty wegańskie (sojowe, kokosowe),

NOTATKI

Czy chce Pan/Pani podać dodatkowe informacje o stanie zdrowia, objawach, stylu życia lub wskazówki dotyczące jadłospisu?

ANKIETA – OBJAWY

Czy w ciągu ostatniego półrocza doświadczyła Pani:

Proszę zaznaczyć X, czy któryś z poniższych objawów dotyczy Pani. Proszę zaznaczyć każdy objaw, który się u Pani pojawia (od ostatnich 6 miesięcy), nawet jeśli powtarzają się w formularzu.

A

Uczucie, że nieustannie biegasz od jednego zadania do drugiego

Jednoczesne uczucie pobudzenia i zmęczenia

Nerwowość w czasie głodu

Palpitacje serca

Problem z rozluźnieniem się przed snem lub przypływ energii, przez który nie śpisz do późna

Problem z zasypianiem lub niespokojny sen

Uczucie niepokoju lub podenerwowania – nie możesz przestać martwić się rzeczami, na które nie masz wpływu

Nagły przypływ złości lub wściekłości – częsty i głośny krzyk

Krótkie zaniki pamięci lub uczucie rozkojarzenia, zwłaszcza pod presją

Łaknienie cukru (po każdym posiłku masz ochotę na mały deser)

Wzrost obwodu pasa > 90 cm, tzw. „oponka”

Problemy skórne, egzema lub nadwrażliwość

Nadmierne wypadanie włosów

Utrata kości – wstęp do osteoporozy

Zatrzymanie wody w organizmie (opuchnięta twarz, palce lub stopy)

Wysokie ciśnienie krwi lub tętno

Wysoki poziom cukru (glukozy) we krwi

Uczucie rozedrgania między posiłkami, uczucie słabości

Niestrawność, wrzody żołądka, choroba refluksowa przełyku

Obecność różowych lub fioletowych pręg na plecach i/ lub brzuchu, niewiadomego pochodzenia

Nieregularne cykle miesięczne

Obniżona płodność (problem z zajściem w ciążę).

B

Ciągłe zmęczenie, wypalenie (sięgasz po kofeinę, żeby podnieść sobie poziom energii lub zasypiasz podczas oglądania filmu/ czytania książki)

Spadek sił witalnych, zwłaszcza po południu, między godz. 14:00 a 17:00

Ustawicznych, negatywnych/ pesymistycznych myśli

Płaczliwości – wybuchy płaczu bez większej przyczyny

Postrzeganie życia i ludzi w negatywny sposób

Poczucia, że cały czas jesteś spięta

Problem ze wstaniem z łóżka – potrzebujesz 2 filiżanek kawy, aby się obudzić?

Ograniczona tolerancja na stres

Bezsennność lub częste wybudzanie się w nocy, zwłaszcza między 1:00 a 4:00 nad ranem

Niskie ciśnienie krwi

Zawroty głowy po nagłym wstaniu z łóżka

Częste infekcje, zwłaszcza dróg oddechowych

Astma

Chroniczny kaszel

Alergia

Niski i niestabilny poziom cukru (glukozy we krwi)

Łaknienie soli

Nadmierna potliwość

Nudności, wymioty lub biegunki lub luźny stolec na zmianę z zaparciami

Oslabienie mięśni, zwłaszcza w okolicy kolan lub bólów mięśni/ ścięgien

Hemoroidy lub żylaki

Łatwo powstające krwaki lub siniaki

Problemy z tarczycą

Niskie libido

Depresja

C

Pobudzenie lub zespół napięcia przedmiesiączkowego (PMS)

Nawracające bóle głowy (migreny pojawiające się szczególnie przed miesiączką)

Bolesne, nabrzmiące piersi

Swędzące nogi – odczuwasz przymus nieustannego poruszania nogami (tzw. zespół niespokojnych nóg), zwłaszcza w nocy?

Obfite lub bolesne miesiączki

Rosnąca wraz z wiekiem tendencja do nieregularnych miesiączek/ cykli

Uderzenia gorąca

Przesuszone, pozbawiona jędrności skóra

Plamienia w środku cyklu

Wzdęcia lub nabrznięcia, zwłaszcza w okolicach kostek lub brzucha i/lub zatrzymanie wody w organizmie

Torbiele na jajnikach lub w piersiach lub endometrium

Płytki sen

Kiepska koordynacja ruchowa

Niepłodność lub obniżona płodność (problem z zajściem w ciążę)

Poronienia w I trymestrze ciąży.

D

Nabrzmiłość, obrzęki, zatrzymanie wody w organizmie

Pajęczki lub żylaki nóg

Cellulit

Rozbudowana tkanka tłuszczowa wokół bioder

Przyjmujesz pigułki antykoncepcyjne

Nieprawidłowe cytologie

Obfite krwawienie lub krwawienie pomenopauzalne

Szybkie przybieranie na masie, zwłaszcza w biodrach lub obrębie brzucha

Zwiększenie rozmiaru miseczki lub tklności piersi

Mięśniaki macicy

Endometrioza lub bolesne miesiączki (*Endometrioza to stan, w którym fragmenty błony śluzowej macicy zaczynają rosnać poza jej jamą, np. na jajnikach lub jelitach, powodując bolesne miesiączki*)

Wahania nastroju, zespół napięcia przedmiesiączkowego lub zwykłego rozdrażnienia

Wybuchów płaczu z najbardziej błahych powodów

Małych załamań nerwowych, niepokoju

Migren lub bólów głowy

Bezsennaści

Mgły mózgowej (zapominasz co miałaś zrobić)

Czerwonych rumieńców na twarzy lub diagnoza trądziku różowatego

Problemy z woreczkiem żółciowym lub jego usunięcie

E

Problemy z pamięcią (np. wchodzisz do pokoju, żeby coś zrobić i po chwili zastanawiasz się co to było lub w pół zdania doznajesz nagłego zaćmienia)

Emocjonalna kruchość, zwłaszcza w porównaniu z tym, jak czułaś się 10 lat temu

Depresja, z powodu niepokoju lub letargu

Pojawiające się zmarszczki

Nocne poty i uderzenia gorąca

Problemy ze snem, wybudzanie się w środku nocy

Nadreaktywny pęcherz, nietrzymanie moczu

Infekcje pęcherza

Obwisłe piersi lub ubytek objętości piersi

Wyraźne objawy poparzenia słonecznego na klatce piersiowej, twarzy i ramionach

Bóle stawów

Niedawnych urazów, zwłaszcza nadgarstków, ramion, krzyża lub kolan

Utrata zainteresowania aktywnością fizyczną

Utrata kości, niska gęstość kości, osteoporoza

Suchość pochwy, podrażnień

Suchość spojówek, sucha skóra

Niskie libido

„oponka” lub otyłość brzuszna

F

Nadmiar owłosienia na piersiach, twarzy i rękach

Trądzik

Tłusta cera i/lub włosy

Rzednące włosy na głowie

Przebarwienia pach (skóra ciemniejsza i grubsza niż normalnie)

Miękkie brodawki skóry, głównie na szyi i górnej części torsu

Hiperglikemia (wysoka glukoza we krwi), hipoglikemia (niski cukier we krwi) lub nagłe wybuchy agresji

Depresja, stany lękowe

Obwisłe, skurczone piersi

Irytacja, skłonność do nerwów

Wzrost tkanki tłuszczowej w okolicach brzucha

Wzmoczona ochota na słodyczne, węglowodany

Stłuszczone wątroba

Ciągle uczucie głodu, zwiększony apetyt

Torbiele na jajnikach

Cykle menstruacyjne dłuższe niż 35 dni

Ból owulacyjny

Niepłodność

Zespół policystycznych jajników (PCOS)

G

Ubytek masy mięśniowej

Oslabienie mięśni

Wzrost masy ciała (pojawienie się „miękkiego tłuszczu” w okolicach talii)

Relacja tłuszczu do mięśni zmieniła się na korzyść tłuszczu

Mniejsza pewność siebie niż wcześniej

Brak motywacji i asertywności

Niskie libido

Uczucie ciągłego zmęczenia

Huśtawki emocjonalne, depresja lub obniżenie nastroju

Problemy z koncentracją

Ubytek masy kostnej lub osteoporoza

Nadmierna utrata włosów

Obwisła skóra

H

Utrata włosów,

Rzadsze brwi lub rzęsy

Suchość skóry

Suche, sianowate włosy, które łatwo się plączą

Łamliwość paznokci

Zatrzymanie płynów w organizmie lub spuchnięte kostki

Przybrania na masie kilku kilogramów, których nie możesz zgubić. Często mimo diety i ćwiczeń

Drganie powiek

Wysoki cholesterol

Wypróżnienia rzadsze niż raz dziennie albo poczucie, że nie jesteś w stanie wypróżnić się do końca

Nawracające bóle głowy

Ograniczona potliwość

Bóle stawów lub mięśni

Mrowienie w palcach lub stopach

Zimne stopy i ręce, nadwrażliwość na zimno

Wolna mowa

Bóle mięśniowe

Skłonność do pokrzywek

Wcięcia obecne po bokach wysuniętego języka

Niskie tętno

Ospałość

Zmęczenie, zwłaszcza rano

Ociężałość myśli i mózgu/ problemy z koncentracją

Spowolnienie odruchów, wydłużenie czasu reakcji, lekka apatia

Niski popęd płciowy

Zażywanie antydepresantów, których stosowanie sprawia, że nie czujesz się sobą

Obfite miesiączki

Niepłodność lub poronienia

Powiększenie tarczycy (wola), problem z przelknięciem, powiększenie języka (wygląda jakby był spuchnięty)

Problemy z tarczycą w rodzinie

I

Uczucie głodu po spożyciu pełnego posiłku

Uczucie zmęczenia po spożytym posiłku

Nieustanna ochota na słodkie i/lub węglowodany

Uczucie zmęczenia w ciągu dnia

Silne uczucie głodu lub pragnienia

Wzmożone oddawanie moczu

Mrowienie w dłoniach lub stopach

Zdiagnozowany stan przedcukrzycowy lub cukrzyca typu 2

Problemy z krążeniem krwi

Zmiany w zakresie widzenia, zaćma

Nieregularne miesiączki

Niepłodność

Włosy pojawiające się nad ustami, na brodzie, sutkach

Wysokie stężenie cholesterolu LDL, trójglicerydów lub wysokie ciśnienie krwi

Stłuszczenie wątroby

Obecność ścieżki w tylnej części szyi, w pachwinach lub pod pachami (tzw. rogowacenie ciemne)

Czy stężenie glukozy we krwi na czczo wynosi więcej niż 90 mg/dl?

Czy stężenie insuliny we krwi na czczo wynosi powyżej 15 IU/ml?

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Gabinet Dietetyki Klinicznej Klaudia Smosarska - Sawko, ulica Janowicza 1 lok. 4, 10-691 Olsztyn, e-mail smosarska.klaudia@gmail.com
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu korzystania z usług gabinetu dietetycznego - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, oraz art. 9 ust. 2 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty uczestniczące w realizacji usług;
- Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji usługi, a po jej wykonaniu będą przechowywane przez okres 3 lat od daty ostatniej wizyty w gabinecie;
- Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu względem przetwarzania danych;
- Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO;
- Każdą z wyrażonych zgód może Pani/Pan wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem. Dla celów dowodowych Gabinet prosi o wysłanie stosownego oświadczenia na adres e-mailowy: smosarska.klaudia@gmail.com
- Pani/Pana dane osobowe nie są przekazywane do państw trzecich;
- Administrator danych nie prowadzi działań zautomatyzowanego przetwarzania danych ani profilowania;
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową realizacji usługi/umowy.

Zgodnie z art. 6 ust.1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych.

Oświadczam, że przepisy regulaminu Gabinetu są mi znane. Zobowiązuję się przestrzegać postanowień zawartych w regulaminie.

Zgodnie z art. 9 ust.2 RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie danych wrażliwych.

Podpis klienta |